

A REABILITAÇÃO E REINSERÇÃO SOCIAL DO DOENTE MENTAL EM CATALUÑA, ESPANHA*

Maria Assumpta Rigol Cuadra¹

La rehabilitación psicosocial es entendida actualmente no tan sólo como un objetivo, sino como un proceso, ya que la mayoría de los problemas relacionados con los trastornos mentales se manifiestan desde el inicio de la enfermedad, por lo que las estrategias de rehabilitación han de ponerse en marcha desde la base del diagnóstico. En el presente trabajo se describe la situación actual de la rehabilitación en Cataluña, tomando como referencia las directivas europeas y del estado español que la orientan, así como las fortalezas y las deficiencias que presenta.

Descritores: Enfermería Psiquiátrica; Enfermos Mentales; Continuidad de la Atención al Paciente.

REHABILITATION AND SOCIAL REINSERTION OF THE MENTALLY ILL IN CATALUÑA, SPAIN[†]

Psychosocial rehabilitation is currently understood not only as an objective, but also as a process, because most mental disorder related problems appear since the onset of the disease. Hence, rehabilitating strategies should be initiated soon after reaching the diagnosis. The present study describes the current status of rehabilitation in Cataluña, using as reference the guidelines of Europe and the Spanish State ruling them, as well as its strengths and weaknesses.

Descriptors: Psychiatric Nursing; Mentally Ill Persons; Continuity of Patient Care.

A REABILITAÇÃO E REINSERÇÃO SOCIAL DO DOENTE MENTAL EM CATALUÑA, ESPANHA[‡]

A reabilitação psicosocial é entendida na atualidade não somente como um objetivo, mas como um processo, já que a maioria dos problemas relacionados com os transtornos mentais se manifesta desde o início da doença. Desta forma, as estratégias reabilitadoras devem ser iniciadas logo que for realizado o diagnóstico. No presente trabalho se descreve a situação atual da reabilitação em Cataluña, tomando-se como referência as diretrizes européias e do estado espanhol que as orientam, assim como seu aspectos fortes e suas falhas.

Descritores: Enfermagem Psiquiátrica; Pessoas mentalmente doentes; Continuidade da Assistência ao Paciente.

*Trabalho apresentado no XI Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2010. Apoio financeiro CAPES.

[†]This study was presented in the 11st Meeting of Researchers in Mental Health and Psychiatric Nursing. Ribeirão Preto, SP, Brazil, 2010. It was supported by CAPES.

[‡]Trabajo presentado en el XI Encuentro de Investigadores en Salud Mental y Enfermería Psiquiátrica. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2010. Apoio financeiro de la CAPES.

1-Enfermera, Licenciada en Antropología, Doctorado en antropología social y cultural, Facultad de Enfermería, Universidad de Barcelona, España. E-mail: arigola@ub.edu.

Endereço para Correspondência: Universidad de Barcelona, Facultat de Enfermeria, Departamento de Enfermeria de Salud Pública, Salud Mental y Maternoinfantil, C/Feixa Llarga s/n, Pavelló de Govern 3^apta, 08907, L'Hospitalet de LL, Barcelona, Espanha.

Introducción

La salud y la enfermedad son conceptos que resultan afectados por las ideologías y las corrientes de pensamiento de diferentes épocas y, por lo tanto no pueden abstraerse de las influencias políticas, sociales y culturales de cada sociedad. De tal modo, los enfermos mentales han sido desde siempre considerados como personas carentes de derechos y con pocas posibilidades de inclusión en la sociedad. El estigma asociado a la enfermedad mental, es uno de los factores que ha influido en la falta de acceso a los recursos sanitarios, laborales y de vivienda entre otros, y en la construcción de una identidad desvalorizada.

El largo proceso de institucionalización que han vivido una gran parte de las personas con trastornos

mentales, afortunadamente, se ha ido modificando en la mayoría de los países.

Se han logrado múltiples avances en el tratamiento y un mayor reconocimiento de sus derechos pero, a pesar de todo, continúan destinándose menos recursos sociales y sanitarios a la salud mental que a otras enfermedades, aunque se sabe del aumento de estos problemas en la mayoría de la población y de la evidencia de que existe una tendencia a la cronificación que comporta la necesidad de múltiples dispositivos e intervenciones que no siempre son una realidad, contrariamente a las recomendaciones de organismos internacionales en materia de salud mental que así lo avalan.

La constatación de tales aspectos ha generado un cambio de paradigma, sobre todo en la forma de entender la rehabilitación psicosocial alejándola de aquellos principios ligados a lo

manicomial, que iniciaban la rehabilitación luego de la cronificación del trastorno, por una hacia una perspectiva más humanística y globalizadora que entiende la necesidad de iniciar el proceso desde la prevención, a partir del diagnóstico, que permita prever las necesidades futuras de la persona y desarrollar los recursos necesarios para su inclusión en la sociedad, evitando el deterioro en muchas áreas de su vida.

En España, se han ido desarrollando de manera creciente los diferentes recursos necesarios, aunque continúan siendo insuficientes. La carga del estigma hace que aún queden al margen de muchos de los logros que se han conseguido para la mayor parte de los ciudadanos, por lo que sigue siendo necesario un desarrollo más amplio y generalizado, que en parte está

condicionado por los marcos de partida desde los cuales se entiende la enfermedad mental. Los prejuicios y mitos que se han construido al respecto, han condicionado una visión de las personas con enfermedades mentales como sujetos pasivos receptores de ayuda y no como personas con opiniones y criterios referidos a la construcción de su propia salud y con capacidad para realizar aportes a la sociedad⁽¹⁾. El hecho de que las personas con un trastorno mental crónico presenten múltiples dificultades y necesidades a lo largo de su vida, no es motivo para la exclusión; al contrario, en una sociedad que pretende basarse en criterios de igualdad de derechos para todos los ciudadanos, es necesario pensar en aquellos más desfavorecidos, entendiendo que muchos de los déficits no corresponden a los síntomas asociados al trastorno, sino a las carencias de la

sociedad.

Llevar a la práctica estos supuestos teóricos, no puede quedarse tan solo en la elaboración de unas políticas, sino que es necesaria tanto la dedicación de distintos profesionales e instituciones, como la erradicación del estigma, no solo en la población general, sino en los profesionales de la salud, para evitar que se reproduzcan estereotipos, conducentes a una mayor dificultad en el acceso al sistema sanitario y a una atención más reduccionista orientada por los prejuicios sobre la enfermedad mental, que dificultan entender que la construcción del tratamiento, de los cuidados, no es un proceso unidireccional a llevar a cabo por parte de aquellos que tienen el conocimiento, sino que es necesario contar con la participación de los propios pacientes y de sus familias, pues ellos son los que saben que necesitan.

El concepto de rehabilitación.

Marco teórico

La rehabilitación psicosocial es entendida actualmente no tan sólo como un objetivo, sino como un proceso, dado que la evidencia constata que la mayoría de los problemas relacionados con los trastornos mentales se manifiestan desde el inicio de la enfermedad, por lo que las estrategias de rehabilitación han de ponerse en marcha desde la base del diagnóstico. No debería existir una distinción entre tratamiento y rehabilitación, ya que resulta peligrosa e inútil, y no se trata de intervenciones separadas, sino que pertenecen a un *continuum* asistencial⁽²⁾.

El modelo de partida de la rehabilitación psicosocial es el de “vulnerabilidad”, que sitúa el paradigma

de la rehabilitación en el centro del abordaje preventivo, mediante el impulso de actuaciones sobre factores de riesgo socioambientales⁽²⁾ y, por lo tanto, está enfocada al funcionamiento social más que a la enfermedad en sí misma, lo que da importancia a la participación de los protagonistas y de sus familias en la toma de decisiones, tanto a las individuales como a las referidas a las políticas asistenciales, en trabajar las competencias de estas personas (*empowerment*)⁽³⁾, y en las modificaciones ambientales para mejorar su calidad de vida.

De esta manera, el paradigma de la rehabilitación psicosocial no es un tratamiento para pacientes crónicos desde instituciones excluyentes, sino un requisito fundamental para conseguir sus derechos como ciudadanos, ya que si tan solo se abordan los aspectos sintomáticos, se corre el riesgo de cronificación y

estigmatización. Otro de los fundamentos claves de la rehabilitación, es el derecho a una atención integral, en la que no esté contemplado tan sólo el tratamiento farmacológico, necesario e imprescindible, sino la necesidad de un tratamiento individualizado, la psicoeducación de los pacientes y de las familias y el seguimiento continuado que evite las recaídas⁽⁴⁾.

Las políticas de salud mental en Europa

La salud mental de los ciudadanos es un asunto que preocupa a la mayoría de países —y en concreto a la Unión Europea— por diversas razones, una de ellas es el aumento de tales problemas en nuestras sociedades. Se estima que más del 27 % de los europeos adultos sufren de al menos una forma de alteración

psíquica, siendo las más frecuentes los trastornos de ansiedad y la depresión; se prevé que hacia el año 2020 sea la causa número uno de enfermedad en los países desarrollados. También por las elevadas cifras de suicidio; actualmente unas cincuenta y ocho mil personas se suicidan cada año en la UE, cifra que supera la de muertes anuales por accidentes de tránsito, homicidios o VIH/SIDA⁽³⁾.

En relación con estas alarmantes cifras, existe gran preocupación por los costos generados. Los cargos derivadas de las enfermedades mentales causan importantes perjuicios económicos y sociales a los estados, en particular debido a la pérdida de productividad⁽⁵⁾. España no es ajena a esta realidad. Cerca del 9% de la población padece en la actualidad algún tipo de trastorno mental, Sanidad calcula que algo más del 15% habrá de padecerlo a lo largo de su

vida. La carga económica de los trastornos mentales va en aumento (SNS 2007), a pesar de que España es el segundo país de la UE con menor cantidad de casos de depresión, por detrás de Italia, y también el penúltimo en tasa de suicidios, con 6,4 por cada 100.000 habitantes, frente a los 20,7 casos de Finlandia o los 15 de Francia. En Cataluña, la prevalencia de trastornos mentales exhibe tasas superiores a las del resto de España y muy similares a las europeas⁽⁶⁾.

Otra de las razones por las que a la Unión Europea le preocupa la salud mental de los ciudadanos se relaciona a criterios de solidaridad y justicia social, dado que una gran parte de las personas que padecen trastornos mentales continúa sufriendo discriminación y falta de respeto a sus derechos. A pesar de que se han producido muchos avances en las

modalidades de tratamiento, los afectados continúan excluidos en la mayoría de los ámbitos sociales, viéndose en muchas ocasiones mermada su dignidad, motivo que ha llevado a que sea uno de los temas prioritarios para las organizaciones de la salud⁽³⁾.

Esta mayor sensibilidad hacia las personas que tienen problemas de salud mental, ha conllevado a que en los últimos años se hayan iniciado distintas políticas comunitarias. El programa de la UE en el ámbito de la salud pública 2003-2008, constituye el fundamento jurídico de las acciones que se han llevado a cabo posteriormente y el diseño de políticas (WHO 2005) que prohíben, entre otras cosas, la discriminación por razones de discapacidad en el ámbito laboral. De todos modos, en el año 2006, el Consejo de Europa comenzó a trabajar en una herramienta de referencia para la ética y

los derechos humanos en relación a la salud mental⁽³⁾. Estas directivas orientan las políticas de salud del estado español, y en concreto las de Cataluña, hacia una organización y planificación de la salud mental⁽⁷⁾ que posibilite desarrollar estrategias conducentes a la equidad entre los ciudadanos.

La rehabilitación psicosocial.

Desarrollo en el estado español

Sin querer extenderme en este aspecto, creo necesario a efectos de poder situar la rehabilitación psicosocial en el contexto actual, hacer un poco de memoria acerca de cuáles fueron los cambios que la propiciaron. A mediados de la década de los setenta se inició en Europa el movimiento de la reforma psiquiátrica, que condujo a la apertura de los hospitales psiquiátricos y la

externalización de los enfermos ingresados, fomentándose la reinserción y tratamiento en la comunidad. Este movimiento, a pesar de haber llegado a España con unos años de retraso, favoreció la participación tanto de los profesionales como de los enfermos y sus familias en los movimientos ciudadanos, reivindicando, entre otras cosas la apertura de los manicomios y su desmantelamiento, conforme a corrientes que venían de fuera con un aire más esperanzador.

En el año 1985, el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica⁽⁸⁾, destacó la situación de discriminación de la atención de la salud mental por parte de los poderes públicos, proponiendo los principios básicos para la integración de la asistencia psiquiátrica dentro del Sistema Nacional de Salud, que inició el proceso de

desinstitucionalización de los pacientes mentales. La reubicación de tales pacientes y la evidencia del fenómeno de “puertas giratorias” plantearon la necesidad de desarrollar una red de recursos sanitarios y de prepararlos pacientes para vivir en la comunidad, con énfasis en la rehabilitación psicosocial como conjunto de técnicas y estrategias (psicoeducación, rehabilitación cognitiva, entre otras) que, una vez determinadas sus carencias, se orientó al logro de otros derechos como la vivienda, el trabajo, el empoderamiento (*empowerment*) y también a la elaboración del concepto de recuperación (*recovery*), que permitiría visualizar el objetivo hacia donde se dirigirían los esfuerzos de los grupos y sistemas de ayuda involucrados⁽²⁾.

La asistencia de salud —y en concreto de salud mental— en España es una asistencia basada en la cobertura

pública, aunque con una tendencia cada vez mayor a la privatización, sobre todo en lo referido a los niveles terciarios, que en la mayoría de ocasiones recae en entidades privadas, fundaciones y asociaciones. Los recursos existentes son, por lo tanto, distintos y heterogéneos en las diferentes comunidades del estado español⁽⁹⁾. Mientras que en algunas se eliminaron los antiguos hospitales psiquiátricos, en otras, como en Cataluña, se dio una orientación distinta, con un modelo mixto de gestión sanitaria, caracterizado por la integración de todos los recursos en una única red en la que participan tanto entidades públicas como privadas, fundaciones, hospitales generales, hospitales psiquiátricos regentados por órdenes religiosas junto a un grupo de pequeños proveedores y la persistencia, aunque con diferente caracterización, de las antiguas

estructuras hospitalarias.

La rehabilitación psicosocial en Cataluña

Cataluña ha sido pionera en los cambios respecto a la salud mental desde principios del siglo XX. A partir de los años 60, inició un proceso de transformación, que redujo los internamientos manicomiales a través de la constitución de asambleas de enfermos y profesionales, en un intento de abrir caminos hacia la rehabilitación desde dentro, que no dieron fruto en su momento debido a de que la asistencia psiquiátrica no era contemplada por el Sistema Nacional de Salud. Recién en los años 80, a partir de la Ley General de Sanidad (1985), fue posible desarrollar la psiquiatría comunitaria, basada en el modelo de sectorización francés. Los

profesionales que cuestionaban el modelo de institución cerrada, pioneros en la reforma, inauguraron centros de higiene mental de carácter comunitario y preventivo, con un gran foco en la psicoterapia y con una estrecha relación con asociaciones de vecinos, escuelas y con la atención primaria de salud, y crearon los primeros Centros de Día y Comunidades Terapéuticas para la rehabilitación de los pacientes mentales crónicos.

En el año 1990, se crea el “Servicio Catalán de Salud” y el “plan de *salut* mental”, que orienta las políticas y actuaciones en Cataluña y da lugar a la apertura de centros de salud mental infanto-juvenil (CSMASs y CSMIJ) y unidades especializadas, la ampliación de Centros y Hospitales de Día. Entre los aspectos a destacar, debemos citar la actual integración de la red de Salud

Mental y Adicciones, que funcionaba separadamente. La evidencia de la comorbilidad de ciertas patologías (esquizofrenia consumo de drogas, entre otras), ha hecho que se fomente la coordinación de los distintos dispositivos, que se ha proyectado en la creaciones de “Unidades de diagnóstico dual”, aunque la red de drogodependencias presenta mayores deficiencias en todo el estado español y también en Cataluña, y es por ello uno de los objetivos prioritarios del nuevo plan de salud mental⁽³⁾.

El Plan Director de Salud, cuenta con distintos órganos de participación, entre ellos el “consejo asesor de salud mental”, con funciones de asesoramiento, consulta y formulación de propuestas entre otras, que permite aproximar la voz de los protagonistas a través de la participación como vocales de, asociaciones de enfermos y familiares,

profesionales (aunque con cierto desequilibrio proporcional, escaso número de psicólogos y trabajadores sociales y tan sólo una enfermera frente a una gran mayoría de psiquiatras), así como también entidades proveedoras.

La organización de la salud mental, se basa en la descentralización territorial, con siete regiones sanitarias. La planificación de los recursos se orienta por el Plan de salud de Cataluña 2006-2010, el Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública (Horizonte 2015), los planes directores y los planes de reordenación de servicios. El Plan de Salud se basa en un modelo de atención a la salud mental, multidisciplinario de base comunitaria e integrador, que prioriza el desarrollo de la promoción y prevención de los trastornos de salud mental, la lucha contra el estigma y la discriminación. Entre las acciones que se

están llevando a cabo para la prevención de los trastornos mentales y las adicciones, se incluyen la Coordinación del proyecto europeo IMPHA para la implementación de medidas para la promoción de la salud mental, el programa "Salud y escuela", el Protocolo de salud mental en el marco del Programa del niño sano, con actividades de formación de los equipos de pediatría de la atención primaria de salud, la lucha contra la depresión y la prevención del suicidio (*European Alliance Against Depression*, EAAD)⁽¹⁰⁾, con el desarrollo de diversas estrategias. Los recursos de la atención en salud mental y adicciones son mayoritariamente de titularidad privada y se organizan en tres niveles asistenciales: atención especializada de soporte a la atención primaria, servicios de hospitalización psiquiátrica y servicios de rehabilitación comunitaria (Tablas 1 y 2).

Tabla 1 – Ratios de recursos especializados por población ajustada

NIVEL ASISTENCIAL	Infantil y juvenil (<18 años) 1.256.890 hab.		Adultos (> 18 años) 5.745.386 hab.	
	Nº	Ratio	Nº	Ratio
Centros de salud mental (centros/100.000 hab.)	46	3,7	73	1,3
Centros de atención y seguimiento de las drogodependencias (centros/100.000 hab.)			68	1,1
Centros de dispensación de metadona (centros/100.000 hab.)			67	1,2
Hospitales de Día (plazas/10.000 hab.)	388	3,1	619	1,1
Servicios de Rehabilitación Comunitaria (plazas/10.000 hab.)			1.823	3,2
Hospitalización psiquiátrica (camas x 10.000 hab.)	120	0,75	3.959	6,9

Fuente: CatSalut, y RCA 2007.

Tabla 2 – Los dispositivos y recursos en Salud Mental en Cataluña

TIPO DE RECURSO	2007
Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ)	46
Consultas periféricas de CSMIJ en Centros de AP	24
Programas TMG (infantil y juvenil)	31
Unidades funcionales CAS-CSMIJ para atención adolescentes con trastorno por consumo de sustancias	11
Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA)	73
Consultas periféricas de CSMA en Centros de AP	13
Programas TMS (adultos)	73
Programas PSI (equipos comunitarios de gestión de casos)	58
Programas Atención a personas con Psicosis Incipiente	12
Centros de Atención y Seguimiento (CAS)	65
Servicio Especializado en Salud Mental para personas con discapacidad intelectual y TM (SESMDI)	4
Camas psiquiatría en centros monográficos y sociosanitarios	3.586

Tabla 2 – Los dispositivos y recursos en Salud Mental en Cataluña (continuación)

TIPO DE RECURSO	2007
Camas Psiquiatría Hospitales Generales	493
Plazas Hospitales de Día de adultos	619
Plazas Hospital Día Infantil y Adolescentes	388
Plazas Centros de Día de Adultos	1823
Programas de Rehabilitación Comunitaria	33
Plazas Centros de Día Infanto-juveniles	256
Camas Unidad Hospitalaria de Desintoxicación (UHD)	64
Centros de prescripción de metadona	59
Centros de dispensación de metadon	67
Plazas en comunidades terapéuticas drogodependencias	337
Unidades Hospitalarias de Patología Dual	6
Unidades Hospitalarias especializadas en Discapacidad Intelectual y trastorno (UHEDI)	3
Unidades de tratamiento de trastornos de conducta alimentaria	8
Unidades de tratamiento de ludopatía y otras sociadicciones	10
Unidad Hospitalaria Psiquiatría Penitenciaria	1

La inclusión de la salud mental en la atención primaria es uno de los objetivos prioritarios que pretende mejorar la respuesta asistencial a los problemas de salud mental, con el soporte de especialistas (de psicología, psiquiatría y enfermería) que se integran al equipo para apoyar a los profesionales no especializados y desarrollar diferentes actividades que mejoran la formación y la capacitación para favorecer la resolución de problemas de salud mental de menor complejidad, depresión, trastornos de ansiedad y problemas por el consumo de sustancias, a través de actividades individuales y grupales de prevención,

promoción y atención, llevadas a cabo por enfermeras con el asesoramiento de las especialistas de los centros de salud mental, y también la detección y el seguimiento de pacientes con trastornos mentales graves, entendido como parte del proceso rehabilitador que favorezca la integración del sistema global de salud, evite la desvinculación y fomente la continuidad y coordinación de los cuidados. Este proyecto se está llevando a cabo desde el año 2009, y se ha desarrollado en el 43% de los centros de atención primaria⁽¹¹⁾.

Esta iniciativa supone un avance en la lucha contra el estigma de la enfermedad mental, dada su atención transversal y longitudinal, además de la detección temprana. Debido a la corta experiencia, hay que ser prudentes y esperar resultados a más largo plazo, pero las primeras impresiones entre distintos

profesionales, más concretamente de enfermería, a pesar de valorar positivamente la iniciativa, refieren dificultades debidas a una red fragmentada con múltiples proveedores, una mayor sobrecarga de trabajo de las enfermeras y otros profesionales de la atención primaria, escasa formación y poca implicación de las enfermeras especialistas que trabajan en los centros de salud mental en el asesoramiento y coordinación, ya que suelen ser otros profesionales los que lo realizan. Entre las causas se podría citar la insuficiente dotación de profesionales, sobre todo de enfermeras, y la evidencia de un rol poco valorado, el de los cuidados, que deja muchas veces al margen la importancia de profesionales con competencias específicas para ello.

La atención a las psicosis incipientes desde la atención primaria,

supone un lugar privilegiado para iniciar la intervención precoz, puesto que la mayoría de pacientes (71%) acuden al centro de salud y a cambio tienden a desvincularse del sistema especializado, facilitándose así no sólo la detección, sino una mejora de la evolución que evite situaciones de deterioro y desventaja, además de disminuir el sufrimiento de las familias⁽¹²⁾ que son las que suelen hacerse cargo de estos pacientes, con mayores niveles de estrés y múltiples problemas emocionales, sociales y financieros.

Estos programas apuntan a la detección comunitaria precoz de tres grupos de sujetos: aquellos en riesgo de psicosis (SRP), menores vulnerables (MV) y primeros episodios o psicosis incipientes (PI)⁽¹²⁾. Es una actividad que se realiza en colaboración con los Equipos de atención primaria, de urgencias, pedagógicos, sociales e

instituciones comunitarias, entre otros. Contempla también las visitas domiciliarias en el Centro de Atención Primaria o en el propio Equipo para establecer el vínculo terapéutico (con el paciente o probable paciente y con la familia) y también Intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales en función de las necesidades detectadas, talleres psico-educativos multifamiliares y/o grupo psico-educativo, psicoterapia individual y/o psicoterapia grupal, terapia de resolución de problemas y grupo de habilidades sociales, atención psicoterapéutica familiar y/o grupo paralelo de familiares de pacientes y/o grupo multifamiliar, ayuda psicoterapéutica a la pareja parental, etc.

Desde los centros especializados de salud mental (CSMA) se pretende coordinar la atención en los distintos dispositivos y equipos que intervienen

simultáneamente, para asegurar la continuidad asistencial. El instrumento básico utilizado es el plan terapéutico individualizado (PTI) que pretende mejorar las intervenciones individuales y la vinculación a la red integrada, incluyendo aquellas de tipo comunitario, apoyo social, etc., determina un profesional de referencia para cada paciente y un Programa de Rehabilitación Individualizado de Rehabilitación y Reinserción (PIRR). Todo ello incluye el seguimiento de pacientes, la información y educación a las familias, la atención domiciliaria, la mejora de la atención en crisis y la importancia de la rehabilitación y reinserción en forma coordinada con los distintos recursos y dispositivos, en razón de que las personas con trastornos mentales crónicos (TMS), presentan problemas muy complejos que no se reducen a la sintomatología, sino que

afectan al funcionamiento psicosocial y la integración a la comunidad, dado que pueden darse situaciones de remisión sintomatológica con un nivel de funcionamiento normal o circunstancias en las que la severidad de la psicopatología y el grado de deterioro personal hagan necesarias una atención intensa y una supervisión constante, no sólo de tratamiento psiquiátrico, sino también de programas de rehabilitación y apoyo social que permitan recuperar la autonomía y mantenerse en la comunidad⁽¹²⁾.

El seguimiento individualizado se basa en el modelo de gestión de casos y es uno de los elementos claves en el proceso de rehabilitación, coordinado por diversos especialistas, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, con algunas diferencias en la forma de aplicación en función de las

características de las entidades, pero enfocados a aquellas personas que dejan de acudir al centro de salud mental, apuntando a facilitar el acceso a todos los recursos que necesitan. Una de las experiencias de estos programas ha sido la aplicación del “Programa de Continuidad de Cuidados” en el Centro de Atención Primaria, coordinado por las enfermeras especialista desde el Centro de Salud Mental de Adultos. La continuidad de los cuidados desde la perspectiva de la enfermería permite realizar un enfoque integrador e individualizado, dado que la enfermera, al situarse en el eje coordinador de los cuidados enfermeros que se dan en los distintos recursos (unidad de agudos, patología dual, hospital de día, atención primaria, entre otros), puede asegurar la continuidad de estos y la coordinación de las distintas necesidades de atención,

sanitaria, social, económica, de vivienda, trabajo y formación, en estrecha colaboración con los distintos profesionales implicados en el proceso, además de ofrecer soporte a las familias y aumentar la participación en entornos normalizados.

Además de estos recursos, se evidencian otros que tienen que ver con la calidad de vida, tales como la participación en actividades recreativas, la cual se realiza a través de diferentes dispositivos desde fundaciones y asociaciones más relacionadas con el voluntariado. El acceso al trabajo es otro de los elementos en los que se observan mayores carencias aunque existen distintas empresas de trabajo protegido, pero la realidad es que una gran parte de las personas con trastornos mentales carecen de actividad laboral, a pesar de programas de apoyo a la formación o de

acceso al trabajo. Lo mismo ocurre con el tema de la vivienda, existen residencias y alojamientos solventados por la comunidad, pero son aún escasos y cuentan con medios insuficientes para asegurar su autonomía. La actual “ley de la dependencia” debido a los requisitos que plantea, deja al margen a gran parte de las personas con trastornos mentales crónicos en razón de estar más orientada a problemas de dependencia física, como los derivados de la vejez o demencias⁽¹³⁾.

Podríamos pues concluir diciendo que, aunque existen numerosos programas y recursos para las personas con trastornos mentales crónicos en

Cataluña y que el proceso de rehabilitación está experimentando cambios importantes hacia modelos más inclusivos, aún es lejana la cobertura de las necesidades y problemas de las personas con trastornos mentales crónicos, en su mayoría comunes con el resto de los ciudadanos. Desde la ética personal y profesional, es necesario consolidar la continuidad de cuidados como medida inclusiva para atender sus necesidades y las de las familias y, por supuesto, no olvidar que la rehabilitación psicosocial supone el reconocimiento de su identidad como sujetos protagonistas del proceso de rehabilitación.

Referências

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Universidad Complutense de Madrid y Obra Social Caja Madrid. Estigma y Enfermedad mental: análisis de las</p> | <p>Actitudes de Rechazo Social y Estigmatización que sufren las personas con enfermedad, Plan de Atención Social</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

a las Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007. Madrid: Comunidad Autónoma de Madrid; 2007.[acceso 15 enero 2008]. Disponible en:

<http://www.obrasocialcajamadrid.es/Ficheros/CMA/>.

2. Uriarte J. Psiquiatría y Rehabilitación: la Rehabilitación Psicosocial en el contexto de la Atención a la Enfermedad Mental Grave. Cuad Psiquiatr Comun. 2007;7(2):87.

3. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Helsinki sobre salud mental, enero de 2005. WHO: Action Plan Europe (Helsinki 2005); Ministerio de Sanidad y Consumo y Comunidades Autónomas: Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2007; Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. Colección Documentos Técnicos Instituto de

Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); Plan Director de Salud Mental i Addiccions 2006, Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Comisión de las comunidades europeas. Bruselas, 2005, WAPR (Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial) OMS (Organización Mundial de la Salud) Psychosocial Rehabilitation, a consensus statement". WAPR Bull. julio 1996;8(3).

4. Fallon IR. Optimal treatment for psychosis in an international multisite demonstration project. Optimal Treatment Project Collaborators. Psychiatr Serv. 1999; 50:615-8.

5. FEAFES. De la exclusión a la inclusión. El camino hacia la promoción social de las personas con problemas de salud mental en Europa. Madrid; 2009.

6. Informe anual del Sistema Nacional de

- Salud 2008. Cataluña: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2008.
7. Govern de la Generalitat (ES). Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Barcelona; juliol 2006).
8. LLuch E. Informe de la comisión ministerial para la reforma psiquiátrica. Papeles Psicologo. 1986;19(26).
- 9-Salvador I. Asociación Española de Neuropsiquiatría. El observatorio de salud mental de la AEN. Análisis de la situación de la atención a la salud mental en las Comunidades Autónomas. Cuad Técnicos Madrid 2007;(7).
- 10 - Hegerl U, Wittmann M, Arensman E, Van Audenhove C, Bouleau JH, Van Der Feltz-Cornelis C, et al. The European Alliance Against Depression (EAAD): a multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. World J Biol Psychiatry. 2008;9(1):51-8.
11. Generalitat de Catalunya (ES). La Salut Mental a Catalunya. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 18 febrer 2010.
12. Tizón JL. Bases para un equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2009;29(103):35-62.
13. Ministerio de Sanidad y Política Social (ES), Secretaría General de Política Social, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2007. Colección Documentos Serie Documentos Técnicos, 21005.

Como citar este artigo:

Cuadra MAR. A rehabilitação e reinserção social do doente mental em Cataluña, España. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) [Internet]. 2010 [acesso: dia mês abreviado com ponto ano]; 6(Especial):439-59. Disponível em: Endereço Eletrônico Visitado.